

2023-8-25 第1回救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会ワーキンググループ

○東専門官 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第1回「救急医療における医療関係職種の在り方に関する検討会ワーキンググループ」を開催いたします。

構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中御出席くださいます、誠にありがとうございます。

本来であれば構成員の皆様方の御紹介と事務局の紹介をさせていただくところですが、時間の関係上、構成員名簿と座席表の配付をもって紹介に代えさせていただきます。

今回のワーキンググループにつきましては、公開のワーキンググループとして実施、資料や議事録については厚生労働省ホームページで公開、事前に御希望があった方の傍聴はあり、YouTubeライブ配信ありという形での開催としております。構成員の皆様におかれましては、あらかじめこの点について御了承ください。

今回は、会場にお越しいただいた構成員の方とオンラインで参加される構成員の方がいらっしゃいます。オンラインには、井本構成員、田邊構成員、細川構成員が参加されており、その他の構成員の方には会場にお越しいただいております。

本日は、浅香構成員から欠席との御連絡をいただいております。

また、オブザーバーとして、総務省消防庁救急企画室の白坂救急推進係長、内閣府地方創生推進事務局の高橋参事官補佐にオンラインで御出席をいただいております。

まず、御発言の方法から確認させていただきます。現地にいらっしゃる皆様方におかれましては、御発言時にマイクをオンにし、終わりましたらオフにさせていただくようお願いいたします。オンライン参加されている構成員の方々におかれましては、御発言の際は画面をまずオンにいただき、Zoom画面の下部にございますリアクションボタンまたは参加者一覧の下部から「手を挙げる」をクリックしていただき、指名を受けてから、マイクのミュートを解除し、御発言をお願いいたします。御発言終了後は再度マイクをミュートにし、「手を挙げる」を解除していただきますようお願いいたします。「手を挙げる」ボタンがない場合には、代わりに画面に向かって手を挙げていただくなどでの表明をお願いいたします。

それでは、事務局を代表しまして、医政局地域医療計画課災害等緊急時医療・周産期医療等対策室長の森より御挨拶を申し上げます。

○森室長 医政局地域医療計画課災害等緊急時医療・周産期医療等対策室長の森でございます。

本日は、お忙しい中御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

また、構成員の皆様方におかれましては、平素より医療行政の推進に御尽力いただきまして、重ねて御礼申し上げます。

救急医療の質の向上に向けまして、救命救急士が行う救命救急処置の範囲の拡大につい

ての要望があることや、令和3年10月の救急救命士法改正によりまして、病院前での実施を前提としてきた救急医療処置の病院内での運用における課題等が見えてきたことなど、救急現場の問題が明らかになってきております。

救急医療においては、救急現場及び搬送途中のみならず、医療機関内に至る救急医療を一体的に議論するために、救急医療を担う多職種が参画し、救命救急処置に関する専門的な議論を行う場として、この救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会ワーキンググループを開催することといたしました。

構成員及びオブザーバーの皆様におかれましては、御多忙のところ、恐れ入りますけれども、それぞれのお立場から忌憚のない御意見を賜りたいと思っておりますので、何とぞよろしくお願いいたします。

簡単ではございますけれども、御挨拶とさせていただきます。

○東専門官 続きまして、お手元の資料を御確認ください。

議事次第、出席者名簿、座席表のほか、資料1から4、参考資料1から4をお配りしております。

不足等がございましたら、事務局までお知らせください。

傍聴の方におかれましては、厚生労働省ホームページより資料のダウンロードをお願いいたします。

報道の方で冒頭カメラ撮り等をしておられる方がおられましたら、ここまででお願いいたします。

それでは、議題1「座長の選出」に移りたいと思います。

資料1「開催要綱」では、座長は構成員の互選により選出することとされております。あらかじめ構成員の皆様と個別に御相談させていただき、児玉構成員に座長をお願いしたいと思います。

児玉先生、以後の議事運営を含め、どうぞよろしくお願いいたします。

○児玉座長 ありがとうございます。座長になりました児玉です。よろしくお願いいたします。

京都大学の文学部で倫理学を教えております。倫理学というのは旧哲学科の中にあるところで、哲学者が座長になるというのはなかなか珍しいのではないかと考えておりますけれども、ぜひ活発に議論できればと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に入ります。

議題2「本ワーキンググループについて」です。

資料1について、事務局より説明をお願いいたします。

○東専門官 それでは、本ワーキンググループの趣旨に関しまして御説明を申し上げます。

まず、資料1の「救急医療の現場における医療関係職種在り方に関する検討会ワーキンググループ開催要項」を御覧いただけますでしょうか。

まず、目的のところでございます。令和3年の10月1日に、救急救命士が救急救命処置を実施可能な場を病院前から救急外来までに延長する法改正を行いました。それに伴い、

これまで病院前での実施を前提としてきた救急救命処置を病院内で実施するに当たって、運用面での課題が見えてきたことや、救急医療のさらなる質の向上に向けて、救急救命処置範囲の拡大についての要望があることから、医師の指示の下に救急救命士が実施する処置に関する事項について検討を行うワーキンググループを開催することといたしました。

検討事項として、救急救命士が実施する救急救命処置の検討についてと記載させていただきましたが、これは単に処置を追加、除外するといったことにとどまらず、例えば消防機関所属、医療機関所属の救急救命士では求められる役割、機能が異なるわけですが、その教育体制や質の担保をどのように行うべきか、職種間の連携をどうすべきかといった内容までこのワーキンググループで検討いただきたいと考えております。

構成員につきましては、資料2が御芳名及び所属役職の一覧となります。法改正に伴い、救急救命処置の議論の場も病院前に限定せず、医療機関内での多職種連携の視点が必要となったことから、処置の実施者として消防機関や医療機関に勤務する救急救命士の現場の視点、また、救急救命士養成研究機関からの学術的な視点に加え、病院前救護、救急医療、救急看護に関する学術的な視点からの御意見、また、医師、看護師、コメディカルなど、職種を代表して、さらに病院を代表しての御意見、そして、医療倫理や法学的な視点からも御意見をいただいて議論ができるよう、皆様に御参画をお願いさせていただきました。

また、座長は先ほど児玉先生にその労をお引き受けいただくことが決まったところではありますが、座長は必要に応じて構成員以外の関係者の出席を求めることができるとしております。今後、個別の処置の検討につきまして、医師法や医療法との関係、さらに医療訴訟について専門的な知見が必要と判断した場合には、適宜招聘し、有識者の立場から議論に御参画いただくことを想定しております。

項目4の運営に関しましては、先ほどおおむね説明した内容ですので割愛させていただきます。

続きまして、本ワーキンググループ開催の経緯と今後の進め方等について御説明させていただきます。資料3をお手元に御準備ください。

なお、今回のワーキンググループの背景となる令和3年の救急救命士法改正について及び本ワーキンググループ内での検討について整理の参考としました救急救命処置検討委員会の関連資料集、また、親会に当たる救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会の開催要項と構成員名簿、また、今年6月に閣議決定されました本ワーキンググループ開催について記載した規制改革実施計画につきましては、参考資料の1から4のほうにつけさせていただきます。時間の関係上、こちらは説明を割愛させていただきますので、適宜御参照いただければ幸いです。

それでは、資料3を基に説明してまいります。

まず1ページおめくりいただきまして、救急救命士とはどういった資格職かということを一枚にまとめております。平成3年の救急救命士法制定に伴って誕生した国家資格で、救急現場及び搬送途上における応急処置の充実と救命率の向上を図ることがその目的です。

国家試験の受験資格としましては、指定を受けた大学・短期大学・専門学校の卒業、または救急隊として5年以上または2000時間以上の勤務に加え、養成所での6か月以上の課程を修了することが必要となります。

年間約3,000人弱が救急救命士として新規に登録され、今年4月末時点で7万人を超える方が資格を所有しております。また、平成30年、少し古いデータですが、当時、資格取得後に消防本部に就職する者が66%。そして、潜在救急救命士と記載しておりますが、資格を有効活用できていない方というのが16%おりました。当時は医療機関に就職しても救急救命処置は実施できなかったわけで、そういった方もこの潜在救急救命士の中に含まれておりました。

知識や資格を有しながら、それらを活用できていない救急救命士がいる一方で、救急医療の需要増加に伴い、医師の業務負担も許容できないレベルまで増加してきていることから、そのタスク・シフト/シェアを進めるため、令和3年に法改正が行われ、救急現場及び搬送途上のみならず、病院内においても、搬送患者が入院されるまでの間、救急救命処置を実施することができるようになりました。

また、救急救命士が業として重度傷病者に対して実施することができる処置に関しましては、救急救命処置の範囲等について、課長通知ですけれども、参考資料2の1ページ目に羅列しておりますが、こちらに33行為が定められております。

平成3年の法制定当時から順次拡大していった現在の33行為になっているわけですが、その見直しの経緯に関してを2ページ目にまとめております。平成15年から直近は26年までの間に、除細動についての変更、気管チューブを用いた気管挿管、エピネフリンの静脈内投与やエピペンの使用、また、ビデオ喉頭鏡、低血糖傷病者に対するブドウ糖溶液の投与などを追加してまいりましたが、その見直しの契機であったり、検討の場というのは記載のとおりばらばらでした。

平成25年の救急救命士の業務の在り方等に関する検討会の中で、今後の処置範囲の拡大に関しましては、一貫性のある評価方法を検討する必要があるとの意見が出され、平成27年度から救急救命処置の追加、除外に関する提案・要望の窓口及びそれらの評価等を一本化するために救急救命処置検討委員会を開催いたしました。

その後の経緯につきましては、3ページ目になります。平成27年からの当該検討会におきまして、要望・提案があった処置について、安全性、必要性、難易度、必要な教育体制等の視点から、救急医療分野の有識者が評価を行い、以下の4つの処置が新たな救急救命処置の候補として検討されました。また、このほかにも新規処置についての要望はありましたが、令和3年に救急救命士法の改正をしたことに伴い、今後の処置の検討に関しては、既存の委員会よりも広く多職種連携の視点から行うことが妥当と考えられ、評価途中だった6件を未了のままとして、令和2年度をもって当該委員会は終了としております。

しかし、その後も救急救命処置範囲の検討を進める要望はありまして、令和4年3月の国家戦略特区の諮問会議などを経て、救急現場及び搬送途上のみならず、医療機関内に至

る救急医療を一体的に議論するため、救急医療を担う多職種に御参画いただき、救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会を同年10月に設置いたしております。

4 ページ目が当該検討会の令和4年度の取りまとめ内容になります。論点1として、救急外来における多職種の配置連携等について。論点2として、救急救命士法改正による医療従事者の負担の減少等、効果の検証。論点3として、救急救命処置検討委員会において、救命処置へ追加する候補となっていた処置を、国家戦略特区における先行的な実証として実施することについて検討し、論点1、2に関しては厚生労働科研で引き続き調査、検討を行う。そして、論点3に関しましては、2行為については臨床研究を含む検討、検証を進めること。そして、本検討会またはそのワーキンググループとして、医師の指示の下に救急救命士が実施する救急救命処置を議論する場を設置し、安全性、必要性、難易度、必要となる教育体制等について検討を行うことが取りまとめられました。

そして、次のページのとおり、令和5年8月7日に救急救命処置に関する専門的な議論を行うワーキンググループを設置することに関しまして当該検討会を书面開催しまして、全構成員の方の承認を経て本ワーキンググループの開催に至りました。

ここまでが本ワーキンググループの開催の経緯となります。

続きまして、2ページ進んでいただきまして、ここからは本ワーキンググループにおける新規提案・要望の評価、振り分け方法に関する事務局案を提案させていただきます。

平成27年から令和2年に開催していた救急救命処置検討委員会における検討、振り分け方法を基にこの案を作成しました。

8 ページ目を御覧ください。

8 ページ目に、平成26年度の厚生労働科研野口班による救急救命士の処置範囲に係る研究内で作成された、今後の救急救命処置の追加・除外等の基本的な手順、流れについての報告書の概要を記載しております。

本報告書は、今後の救急救命処置の追加・除外等の基本的な手順及び流れについて取りまとめ、提案するもので、この右が全体のフローとなります。処置検討委員会における検討、振り分けはこれをベースとして行われておりました。

まず、専門組織や団体からの要望・提案に対し、救急救命処置検討委員会がその窓口となり、処置の利点や頻度等の評価を基に振り分けを行います。本ワーキンググループには、この処置検討委員会の部分の役割を担っていただきたいと考えております。

分類でさらなる検討が必要と判断されたものは、厚生労働科研や内閣府での実証実験を行い、その結果から処置へ追加するかを決めるというフローで、以前は一旦委員会を通過したものにしましては再度上に戻すということはありませんでした。しかし、研究や検証結果を再度専門的な視点から議論、検討する必要もあると考えまして、事務局案として、赤線の矢印の部分ですけれども、ワーキンググループに結果を戻すというものを追加させていただきます。

これを大枠として進めていくことを考えておりますが、救急救命士法改正を踏まえて検

討内容の修正が必要と考え、9ページ目にその案を提示しました。黒字の部分が令和2年最終年度の救命処置検討委員会で行っていた検討事項です。そして、赤字の部分が事務局の修正箇所になります。

IIのB、提案する処置の満たすべき前提に関する項目の3ポツ目、法改正後の第2条の文言に合わせまして、場の記載を追加しております。

また、Cの処置の詳細に関する項目に関しては、まず(1)処置の内容に想定する主な実施場所、病院前なのか救急外来なのかなど、そういった内容を追加しております。

そして、(2)効果のところは医療機関内でのタスク・シフト/シェアの可能性を検討することが目的かというのを追加しました。

(7)必要な教育のところは、手技の実施について。また、消防機関、医療機関に所属する救急救命士では、教育体制や事後検証に関しても異なることから、それらをどのように考えるか。また、処置の質の担保や指導者の育成等をどのように考えるかというものを追加しております。

そして、D、国内における医師以外の実施状況の欄に、医療機関内では、医師の指示の下、現在どの職種が主体となって当該処置を実施しているのか。また、救急救命処置に追加するに当たり、職種間の連携等において生じる問題はないかという内容を追加いたしました。

これらは各構成員の方々から事前にいただいたコメントを基に作成しておりますが、今後もまた御意見等をいただきましてブラッシュアップしてまいりたいと考えております。

次の10ページ目に、本ワーキンググループで今年度議論をお願いしたいことと、そのスケジュールについてまとめております。

冒頭で説明したように、本ワーキンググループは、救急救命士法改正に伴い、救急救命処置の在り方、考え方を再度整理する必要があり、多職種や様々な観点から専門家の皆様に御参画いただいております。

そこで、第2回では、最初に法改正の内容を踏まえた上で、救急救命処置とはどうあるべきか、その整理を行うとともに、個別の提案事項、国家戦略特区の要望となっている超音波検査を先行的に実証することについて、そして、救急救命処置検討委員会の継続事項としまして、アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内注射について、令和2年度までの検討で未了となっている事項の取扱いについて議論させていただきたいと考えております。

時期としましては、右に示したとおり、本年の10月から11月を第2回として想定しております。そして、第3回は来年の1月から2月に行い、第2回の宿題など、継続項目やそのほか記載させていただいた内容を議論していただき、年度末に取りまとめを行えたらと思っております。

重ねてになりますが、本ワーキンググループでは、救急救命処置の追加・除外等を検討するのみでなく、令和3年の救急救命士法改正後、病院前での実施を前提としてきた救急

救命処置が一部医療機関内へと場が拡大されたことによる諸課題についても、救急医療を担う多職種間で広く検討したいと考えておりますので、よろしくお願いたします。

最後のページ、12～13ページで第2回のワーキンググループで議論いただきたい内容の頭出しをさせていただきました。

まず12ページは、内閣府の特区要望の外傷及び腹痛を伝える重度傷病者に対する超音波検査の概要になります。

本件は、内閣府のデジタル田園健康特区に採択されている岡山県吉備中央町からの提案として、特区制度の趣旨及び目的は、デジタル技術の活用によって、地域における健康、医療に関する課題の解決に取り組む自治体を指定し、地域のデジタル化と規制改革を強力に推進するという内容になります。

提案内容としましては、重度傷病者のうち、主に腹痛、下腹部痛を訴えている傷病者や、事故等による外傷が生じている負傷者、また、意識状態やバイタルサインが不安定な傷病者を対象に、救急車と病院間で情報伝達を行う環境を構築した上で、当該病院の医師の指示を細かく受けながら、救急救命士がエコー検査をまず実施します。そして、医師はそのエコー画像を基に患者の状態を確認・診断し、救急隊はまたその医師の評価を基に患者を適切な搬送先に搬送するほか、必要に応じてさらなる処置を実施するというもので、実施の場としては病院前を想定したものになります。搬送先の選定の適正化、及び搬送先病院では重症者を受け入れるに当たっての事前準備が可能となることから、救急車の到着後直ちに治療を開始することができ、早期の処置実施により救命・予後の改善に資するといった提案内容になります。

下に写真を幾つか載せておりますが、提案地域において画像の伝送システムの構築や模擬人形を用いたエコー検査の講習などを既に実施しておられます。

続きまして13ページ目、最後のページになりますが、現在、厚生労働の科学研究で進めておりますアナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内注射についての概要をまとめております。

本件は以前の救急救命処置検討委員会において提案された内容として、現在の救急救命処置の範囲内では、エピペンを既に処方されている傷病者に対してのみその投与を認めるといったものですが、この限定条件を外して、エピペンの処方を受けていない傷病者も含めてアナフィラキシーに対してアドレナリンの投与ができるようにできないかといった内容になります。

処置検討委員会の評価は、医師の具体的な指示が必要な特定行為として当該処置を追加することが望ましいが、アナフィラキシーの判断基準とアドレナリン投与の対象の詳細、また、適量投与等のために必要な手順等について、効果と安全性の両面から厚生労働科研究で明らかにする必要があるといったものでした。

今年の6月に閣議決定された規制改革実施計画において、(7)救急救命処置の先行的な実証の項目につきまして、アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内注射に係る

一連の判断の可否について、令和5年度中を目途に必要な検証を行い、その結果を踏まえ、必要な体制等の整備の上、特例を実施すると記載されており、現在、下に書きましたスケジュールのところにあるとおり、厚生労働科研において、救急救命士によるアナフィラキシーの病態等に関する判断の正確性を調査するための観察研究というものを実施しております。これは、実際の搬送傷病者を対象に、救急救命士がアナフィラキシーが疑われるかどうか、アナフィラキシーだとしたらアドレナリン筋肉内注射の適応があるかどうか、この2点を判断、記録しておき、搬送先医療機関の医師の判断との合致率を調査するといった観察研究となります。本ワーキンググループでこの観察研究の中間報告や最終結果などを報告させていただき、その結果を踏まえて、実際に救急救命士が傷病者に薬剤を投与するといった実証研究に進むかどうかということを議論、検討いただきたいと考えております。

資料3の説明は以上となります。

児玉先生、お願いします。

○児玉座長 御説明ありがとうございました。

ただいま、事務局より資料の説明がありました。

それでは、議論に移らせていただきたいと思います。

まず、本日欠席の浅香構成員より御意見をいただいておりますので、事務局より御紹介をお願いいたします。

○東専門官 それでは、日本救急看護学会の浅香先生から意見書を頂いておりますので、代読させていただきます。

資料4を御覧ください。

まず、検討の前提として、救急救命士の役割を検討する上では、病院前の専門職として行う役割と病院施設内で行う本来の専門外場面での役割の検討をしっかりと区分して進めることで、結果につながる検討になるものと思います。

救急救命士の活動の場の拡大に伴い、教育体制の整備の実情を考慮する必要があると思いますが、その評価を確認できておりません。専門職として自職をどう自立して教育するのかの体制の整備は、救急救命処置を検討する上での前提条件であると考えます。

病院施設内の検討をするに当たっては、病院前の専門職種として育成されてきた背景を鑑み、施設内の多職種連携等の教育を進めることを前提とする必要性があると考えます。医師との協働だけではなく、多職種チームの実践に求められる連携について必要な学習を前提として討議したいと思います。

院内の業務実施に関して、期待されるのは特定行為以上に医師・看護師・臨床検査技師・放射線技師等の専門家でもできる業務の実施に期待があると感じております。前回ワーキンググループでも、横田先生の報告の検討の際に、実際にはそういったところに着目することの必要性を共有いたしました。救急の人的不足を補うために救急救命士の登用を検討するのであれば、この部分の役割付与について検討することになると思います。

救急診療の場面では、単独の行為のみの実施は多職種をサポートを必要としたり、多職種の業務を分断させてしまう可能性もあります。薬剤師が処方の確認から薬剤投与、その後の反応の確認、薬剤補充等の薬剤等の一連を行って完結しますが、投与だけを切り取った場合に効率性が上がらないといった状況に相当します。

救急救命士が病院施設内で専門能力を発揮していただくためには、病院の中で医療を受ける患者さんを対象とした医療を学ぶ教育が必要と考えます。

救急救命士の専門能力の発揮を否定するものではありません。

ただし、その際のデメリットの検討は、現場で勤務する職員の負担・医療事故防止になると思いますので、現場を守る意味でも慎重にと思います。

チームで機能する職種が一緒に働きたいと思えるようになることが落としどころと考えております。

○児玉座長 ありがとうございます。

それでは、構成員の皆様から御意見を伺えればと思います。御発言の際には、議論を円滑に進める観点から、御意見か御質問か、また、御質問の際はどなたに対する御質問かを明確にして御発言をお願いいたします。

本日の座席の配置の関係で構成員同士のお顔が見えにくいところではありますが、ぜひ活発に御議論できればと思います。どなたからでも結構です。また、オンラインの方でも結構ですので、どうぞよろしくをお願いいたします。

では、お願いいたします。

○深澤構成員 チーム医療のほうから参加させていただいております深澤でございます。

私はチーム医療という観点からお話をさせていただくということでございますけれども、先ほど浅香構成員のほうから意見書というものが出されておりました。拝見させていただきまして、全くそのとおりだと私も考えております。もちろん浅香先生もおっしゃっているとおり、救急救命士の専門の能力を私たちも否定するものではないと思っておりますけれども、そういった意味では、逆に救急救命士の教育体制というものをしっかりとやらなければならないと思っております。

また、今回どうしても救急の現場が人材不足であるということも含めて、救急救命士の皆様方に頑張っていただくというような思いでこの話が持ち上がっているのかなと思うのですけれども、やはりそういった意味では、施設内の多職種連携、しっかりと医師を中心にしたチーム医療というものを選択していただく。そういうものが必要ではないかと思っております。

もうちょっと長くなってもよろしいでしょうか。すみません。

○児玉座長 はい。よろしく申し上げます。

○深澤構成員 実際に、今の浅香先生に対しての私の賛同する御意見とはなっておりますけれども、もちろん救急救命士はいろいろなところで御活躍していただきたいと思っておりますし、そういった意味では、浅香先生の言葉を借りますと、まだまだやはり病院の中で医療

を受ける患者さんを対象とした医療を学ぶ教育は当然必要なと思っております。

それを踏まえて、第2回以降、検討の場として挙げられている救急救命士による超音波検査についてでございます。救急救命処置の範囲の拡大における新しい処置の要望・提案として、規制改革実施計画・特区要望に関する事項に超音波検査というものを挙げられているわけでございますけれども、この検査は医療の中でも技術面において非常に難易度が高く、また、現場で実践可能な人材として育てるには、知識、技能において必要となる要素があるということから、現在、実施が認められている関係職種にも制限がかかっているような状態でございます。今回の御提案のように救急救命士が実施することについて、安全性、必要性、適格性、難易度、必要となる教育体制と技能の維持と質の管理の観点から、これは非常に検討していただきたいと認識しておりますし、十分な議論をこれからしていただきたいと思っております。

もう一つですけれども、医師のタスク・シフト／シェアを進める観点から、令和3年度における救急救命士法の改正により、救急救命士は、救急救命処置の範囲で定める33行為を病院前から延長して救急外来まで実施可能となりました。その際、あくまでも場所の制限を拡大した救急外来では、改正の趣旨から、その対象を救急医療を要する重傷病者と限定がされました。今回論点とされる超音波検査、次回の論点になると思うのですけれども、次回の論点となる超音波検査に関しては、病院前と救急外来では活用意図が必ずしも一致していない。できれば病院前でのものと私たちも考えておりますけれども、ただ、その辺のところがないがしろになることなく、どの場面において必要性の意見が上がり、救急救命処置の拡大の範囲を求めているのかも踏まえ、単に条文の横並びに整理することを念頭に議論するのではなく、目的外活用も可能となることがないように、場所や対象の制限の要否についても議論をしていただきたいというお願いを申し上げたいと思っております。

以上、本当に長くなりましたが、意見でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○児玉座長 ありがとうございます。

病院内か病院前というお話がありましたけれども、その点も含めていろいろ御意見をいただきたいと思っております。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

お願いします。

○本多構成員 私、救急医という立場であるし、あと、救急医学会のほうでは救急外来検討委員会の委員長をしております。

多分これは議論を少し整理しないといけないかなと思って今お聞きしていました。特に今回超音波が出ましたので、それに関する前段階というか、考えを整理していただくためにも、私は現場ですべて救急医をやっていますので、恐らくこれは病院前というところと救急外来というところが出たと思うのですけれども、実は病院は救急外来だけではないのですよね。入院するまでの間という定義も確かにこの中であって、そうすると、実は病院の中でいろいろな場面がある。私自身、救急救命士が病院の中に入ってくるということは、

病院の中で正直どこでも働ける状況にしておかないと、救急外来だけに限った仕事ですと
かすると、病院の中では患者さんは廊下でも急変するし、いろいろなことがあるので、
私が今ここで確認したかったのは、これは超音波だけに限らないと思うのですけれども、
救急救命士が病院内で活躍するために、ある程度のコンセンサスというか、病院内で働け
る場所とあまり限定することなく、病院外と病院の中という形にして、その中で段階的に
このエリアでこの業務、当然病院ですからエリアごとによって業務が違いますので、例え
ば手術室、救急外来、あるいは病棟とそれぞれで変わるし、当然検査科は検査科でも変わ
ってきますので、超音波の議論だけにとどまってしまうと、まず救急救命士がどう院内で
活躍すべきかというところがかなり限定的になってくるので、最終的には多分それぞれの
部署で働くことになってくるので、一応各先生方皆さん分からないことは質問してもらい
たいと思うのですけれども、私自身いろいろなところで勤務して、救命センター、救急外
来、僻地・離島診療所、一般の病院で働きましたけれども、どこにでも救急患者さんはい
ますので、施設を限定することなくどこでも働けるという条件がまず確認できているのか
なというのもあるし、その中でやはり今一番必要とされるのは救急外来部門ですので、そ
この話を少し現場の話を伝えたいなど。

ただ、1つ問題点があるのは、実は救急外来部門は定義が非常に難しく、病院ごとに
それぞれ事情が違っていて、働く救急医が不在の救急外来があったり、あるいは本当に看
護師さんだけいるような外来、これは救急医療機関が一次医療機関、二次医療機関、三次
医療機関があるのと同じように千差万別なので、そういったところも整理しながら広めて
いけたらいいかなということがあります。

ちょっと概論的な話になりましたけれども、まず救急外来部門というだけに超音波の話
が出ていますけれども、今後ぜひこのワーキンググループでは、まず病院の中でもう一回
救急救命士が働く場所というのがあまりエリアで制限をかけることなくやっていく。後で
来るアナフィラキシーもそうですよね。いろいろなところでアナフィラキシーを起こしま
すから、救急外来だけとなると、これに関してはまず皆さんの御意見というか、場所に関
して何か今制約とかこれ以上拡大とか、そういう議論がなされているかどうかも含めて、
この場でもう一回確認したいかなと思います。

○児玉座長 ありがとうございます。

今の話は非常に重要かと思えます。「病院内」というときにもどのような形で理解すべ
きか、救急外来だけなのかという話がありました。これは法律との関係もあるかと思うの
ですけれども、何か事務局のほうから御意見はありますでしょうか。

○東専門官 法改正に関しては、あくまでも救急外来という定義がなかったもので、本来意
味するものとしては救急外来だったのですけれども、その書き方ができなかったので、搬
送されてから入院されるまでの間というふうに、場というよりは入院するまでの間という
記載となっております。なので、現状、イメージとしてはやはり救急外来で働いていただ
くことを想定してはいるのですけれども、現状の法の中では一旦入院された方などに対し

ましては病棟内で救急救命処置を行うことはできないというような整理となっております。手術室とかカテーテル室とかはすごく微妙なところにはなるのですが、入院前の患者で重度の傷病者であれば行うことが一応できると。

○本多構成員 恐らく今、非常に難しい経緯があって、これは私ども救急医というか救急で働く者としても実はジレンマがあって、救急外来部門は実は日本でも定義されていないとか、例えば病棟であれば7対1看護とか、あるいは12対1とか、そういう看護師さんの定数とかいろいろあるのですけれども、実は救急外部部門というのは、医師が何人いるべきとか、看護師が何人必要とか、それは当然受ける救急患者さんの数とか状況によって変わってくるはずなのですが、明確な定義がないのですよね。だから、今お話があったとおり、救急外来というのを定義するとすると、実は日本で非常に難しい状況になって、これはかなり施設間の差がある。

今、唯一言えることは、救急患者さんを診る場所、あるいは本人が救急と思っている人が受診をしたいから来る場所、長い過去の経緯からすると、時間外診療を診るところと非常に幅があってくるところで、そういう中で、実際に救急救命士の業務を当てはめていくときに実は非常に苦しい場所になってきている。我々もどうにかしたいと思って救急部門の検討委員会のほうでは活動しているのですけれども、実は20年近く議論と検討を行っているのですけれども、非常にまだ答えが出にくい状況。ただ、いずれこれはつくらないと、救急外来部門というのが形づくられないと、そこで働く救急救命士だけではなく、放射線技師、臨床検査技師、いろいろな人も入ってくる。あるいはソーシャルワーカーとか多職種が入っていくチーム医療の場が今、実はフィールドがない状況なので、我々自身もちょうどいいこの機会、テーマを与えられたので、実際に我々としてもこれは急がなくてはならない。

そういう中で、今、病院に入院するまでの間は臨床をやっている医者は一番苦勞する場所で、来てすぐ入院するかというと、大体平均して2時間ぐらい救急外来に滞在しますし、手術とかになると長くなるけれども、救急外来にいる時間も今回のコロナとかになればもっと長くなったりしている中で、入院するまでの間となると、実は救急外来だけではなくて、処置室だったり、いろいろなことがあるので、今日ここでさっき言った法律のたてつけ上、入院するまでの間というのは、これを変えたり、これをきちんと定義するのは難しいのですけれども、今回我々がここで何ができるのかなといったときに、やはり現状をきちんと皆さんに伝えながら、その中で活動できる場を少し決めていったらいいのかなと思います。

実際のところ、病院の中のことをお話ししますと、やはり入院前の間というのは非常にいろいろなことが起こると、院内で勤務したら分かると思うのですが、やはり病院内で心停止が起きてしまうこともあるし、そういったところにいろいろな職種がわあっと集まるときに救急救命士は働きますので、救急外来部門という言葉が今回つくれなかったのも、ただ、キーワードは救急外来部門というところにどうしても落とし込まないと救

急救命士の仕事にならないけれども、私自身は今の話を聞いて考えたときには、やはりカテゴリ分けをしないといけないので、例えば救急外来部門とそれ以外のところ、あるいはそれは場所ですよ。あと、人ということにすると、メディカルコントロールを担当する医師がいる状況とない状況、あとは救急隊活動と比例すると、救急隊活動と同じ病院前救護の仕事も追加ですか。これは最後など、後でもいいのですけれども、やはり医師がいるところ、あるいはすぐ指示ができるところでやる状況を含めた中でやっていくとすると、いろいろなことがやれるのではないかなと考えています。

恐らくこれは一步一步進む中で、さっき浅香先生ですかね。救急外来の人不足を補うためにという視点が、浅香先生の視点はそうかもしれませんけれども、私自身が、これは個人的経験からの話からすると、救急医自体がまだ全然全国で足りませんから、救急外来も確かに人は不足しています。ただ、救急外来部門で働く医師等がいる中でタスク・シフトするとなったときに、誰の仕事をするのかというのが実は我々もこれから考えたいかなと思うので、まず場所の定義で、これに関してはいろいろな状況を皆さんに聞きたいと思うので、かなり曖昧なところが多分入ってきているのは僕も東さんと話をしていたので分かったのですけれども、いろいろなところで意見をお聞きして、また、これは一救急医としての意見ですから、医師としてこれまで救急を担ってきた先生方がいらっしゃいますので、そこの協働もできるということで、場所の定義の議論がもう少しこの場でできてから進めたらいいかなと思います。

○児玉座長 ありがとうございます。

今おっしゃっていただいた「病院内」と言ったときの場所の定義の話も、今回の課題として重要なところかと思しますので、またさらに詳しく議論できればと思います。よろしくお願ひいたします。

オンラインのほうで手が挙がっておりまして、気付くのが遅くなりましてすみません。細川先生、よろしくお願ひいたします。

○細川構成員 日本医師会の細川でございます。日本医師会の立場としてまずお話しさせていたきたいと思ひます。

本多構成員から現場の声を聞かせていただいて、大変だなということも実感しております。ただ、本多構成員がおっしゃることはかなり未来の話でありまして、救急外来、今回10ページに書いていただいたのが、これは法改正があつて、やっと入院するまでの間ということになったのだと思ひます。その範囲を超えることは今のところ決してできない状態であると思ひます。そのためにCの想定する実施場所というのが余分についたと思ひます。実際に働き方改革でタスク・シフト/シェアの問題もありますが、一番最後のほうに職種間の連携等において生じる問題ということがいろいろ出てくるのではないかなと考えています。

11ページのまずエコーという超音波に関して、超音波をやっているのは、医師、看護職員、臨床検査技師、診療放射線技師に限られていると思ひます。まず、これも法改正がな

いと、かえって救急救命士を救うことができない。訴訟されたり、それから送検されたり。随分前、40年ぐらい前ですかね。30年ぐらい前、放射線のボタンを看護師さんに押してもらって、それは根こそぎ法律でアウトになって、しかも、看護師さんは送検されたということがかなりありました。今回、特区でこのエコーをやるという行為自身も、これは医業に完全に入ってしまう。今のところ、救急救命士がエコー、超音波もやっていいよということになればですけども、プローブを持つだけだとかというような話も聞こえてきますが、プローブの先からエコーというか超音波が出ているのですよね。それを体に入れるということ自身、これは許せる話ではないです。特区でやっていいのかというと、そうではありません。

それから、場所の問題で、病院前と病院に入ってという話が先ほどありました。特に病院の中に入って来た患者さんというのは、医療を受けるために入ってきているのです。同じエコーでも、ここまでは処置としてエコーを当てているのだ、ここは医療として、医業としてやっているのだということに関してであれば、その差は全くないわけで、医業というのは医師以外やっては駄目だと医師法の17条に書いてあるのです。だから、本当に今、特区でもエコー等を先行的に実証すること自身、医師法の17条に完全に触れてしまう行為ではないかと理解するのが今の日本医師会の印象でありまして、第2回目に、10月、11月ですかね。このエコー等の議論をすること自身、全く必要がない。やってはいけないことを何でこんなところで実証実験、実証の話をしなくてはいけないのか。また、13ページですけども、腹痛等という、これも完全に腹痛等の外傷、腹痛とか事故、傷病者でも何でもいいのですけれども、これもやはり救命処置ではなくてエコーを当てるとということ自身、医業につながると日本医師会としては考えております。

そこら辺をよく考えていただいて、しかも、このワーキンググループ、今後お話しするのであれば、チームの中に医療訴訟に強い法制家、弁護士さん、もしくは医療法、それから、医師法等の話が十分できる法律家を入れないと、この話というのは全く進まないような気がします。ぜひそこら辺も考えて、第2回目以降、オブザーバーでも結構ですし、その法律に明るい方を入れて、どこまでやっていいのか、やって駄目なのかという線引きをしないことには先に進めないのではないのでしょうか。

日本医師会として、細川としては以上でございます。

○児玉座長 細川先生、ありがとうございます。

法律との関係というのも非常に重要だと思いますので、そこをしっかりクリアにして議論ができるようにと思います。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

お願いします。

○喜熨斗構成員 民間救命士統括体制認定機構の救急救命士の喜熨斗と申します。

先ほどの教育の点なのですが、おっしゃるとおり、救急救命士の養成課程ではこれまで病院前の活動を中心に教育を受けてまいりました。今回の法改正がなされた際に、救急救

命法の改正で救急救命処置の実施の場が拡大されましたが、場の変更だけではなくて、教育についても変更がなされております。これは救急救命士法の本則の第44条3項が新たに追加されたこと、そして、救急救命士法の施行規則と通知でさらに詳細に教育内容が示されております。その内容が医療機関に所属する救急救命士は院内での感染対策、そして、医療安全、チーム医療、こういった内容の教育を受けた後に医療機関の中で救急救命処置を実施してよいとなっておりますので、そういった点でも、教育の体制については十分検討されて法改正がなされたものと思っております。

あわせて、先ほどの救急救命処置の実施の場が救急外来以外の場ではどうかという点ですが、こちらの一つ、医療機関に所属する救急救命士の中で課題として出ておりますのが、入院をした後に状態が急変してしまった患者さんに対して、救急外来で入院する前では、救急救命処置ができるのに対して、入院をした後に急変してしまった患者さんに対しては胸骨圧迫等の救急救命処置が実施できない。また、そういった患者さんが入院中に急変して、病棟から救急外来に移動した場合も、本来、業務をしている場所ですが、そこでも救急救命士は救急救命処置が実施できないというような状況になっております。やはりそういった場でこそ救急救命士の能力というのは生かせる場でもあると思っておりますので、そういった点も併せて御検討いただければと思います。

以上です。

○児玉座長 ありがとうございます。

教育についても非常に重要なポイントになると思っておりますので、ぜひ今後も議論できればと思います。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

加納先生。

○加納構成員 加納でございます。

私は病院団体の立場からということでお話しさせていただきたいと思っております。

今、各構成員がおっしゃった内容、特に浅香構成員から出されています意見書に関しまして、気になるところは、「投与だけを切り取った場合には効率性が上がらない」というところです。例えば静脈路確保等の処置をしたり、そういうことも一つの救急救命士の役割として今回我々は求めているところですので、決して投与という処置行為だけを断片的には駄目だという話はどうかという感じがまずしておりました。

幾つか気になっていたのが、さっき本多構成員からの一人の処置をするのに2時間かかるというのは、例えば二次救急の現場ではやはり違うよという話をしておかななくてはいけないかなと思っております。実は働き方改革等で、我々がビーコンを使っているいろいろな現場の動きを見ていると、決してそういう時間が必要なく救急対応をできている処置があるので、先ほどの2時間という言葉はやはり削っていただきたい。救命センターでは当然なのかもしれませんが、それぞれの救急現場の状況によって変わるということはあるかなと思っております。

議論になっております、細川構成員がおっしゃった今回のエコーの話は、そもそも論でいかなものかなと。これはどこか岡山県のへき地で処置しなくてはならなくなり、本当に痛み等で大変な状況であれば、いかに早く運ぶかというもう一つの手段では、例えばドクターヘリを使ったらいいのではないかなと。これは川崎医大だったら可能でだったら、岡山大学では出来ないのでしょうか。ドクターヘリを持っていないのでしょうか。そういった状況によって、いろいろな形で対応する体制というものがありますので、エコーをわざわざプローブで当てただけという話は、何でこんなものが出てくるのかなと非常に違和感を覚えます。必要性も含めてですね。これがもし通ってしまうと、これからの救急車に全部エコーを積むのかという話まで出てきますし、そんな必要度がないような話まで今議論に出てくるのは、先ほど細川構成員もおっしゃったように、そもそも論でおかしいのではないかなという感じもします。なぜこんなものが出てくるのかなと。

そういったものを含めてしっかりと議論をして、我々はやはり現場のタスク・シフト／シェアリングでいかに救急を多く、我々救急医を含めて運用できるかと。それがチーム医療だと思っておりますし、そのチーム医療が少しでも改善するような議論にぜひともしていただけたらと思っております。

以上です。

○児玉座長 ありがとうございます。

すみません。私、聞き逃してしまったと思うのですけれども、最初の浅香先生の投与だけというところ、今の加納先生の御意見をもう一度聞かせていただいてよろしいですか。

○加納構成員 下から何行目でしょうか。9か10行目ぐらいに、投与だけを切り取った場合には効率性が上がらないといった状況に相当しますとあります。それは駄目で、一連の行為で考えるべきだということをこれは書かれているのではないかなと思うのですけれども、救急救命士さんに今お願いしているのは、いろいろなところでのそういった処置をお願いしているわけで、決してこれについては、効率性どうのこうのではないし、また効率性が上がらないこともないかなと私は思うので、この部分はいかなものかなと思ひまして、冒頭、意見として言わせていただいております。

○児玉座長 分かりました。ありがとうございます。

○加納構成員 あとの内容等は本当にしっかりと浅香先生は書かれているかなとは思っているわけなのですが、ここのところはやはり大きな問題だと私は認識しまして、発言させていただきました。

○児玉座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

では、植田先生、お願いします。

○植田構成員 今回は日本臨床救急医学会の評議員としての代表で、救急救命士の立場で発言させていただきたいと思いますが、まずは浅香先生の意見の冒頭に書いてあります教育をどうするかというところがすごく重要だなと私も考えております。

すごく整理をしていかななくてはいけないのですけれども、私たち救急救命士は社会に求められるものにどういふふうに応えられるかというところをしっかりと目指していていると思うのです。ただ、では何を求められているか。その整理として、やはり病院前と病院内というところはかなりいろいろな差があります。これから救急救命処置の内容を検討するわけですが、目的として、病院内のタスク・シフトのために何が求められているのかということと、病院前で、救急車に乗っている救急救命士たちが患者さんを目の前にしてやらなければいけないことをエビデンスに沿ってもう少し増やしていかなければいけないのか、そこのところは全然見方が違うことだと感じています。ですので、しっかりとそこを整理した上で、場所によってやはり何が求められているか、社会にどう応えられるかということにつなげていくことが重要と考えます。

そうすると、見えてくるのは、ではどういふふうに教育をしていくか。それもやはり病院前と病院内では変わってくると思います。救急救命士の養成施設は現在、民間の施設と公的な施設に分かれています。民間の養成施設が大体45校ぐらいあります。それ以外では15校ぐらいが消防職員のための養成施設です。消防職員を救急救命士に育てている背景は、結局は救急車に乗るための知識を教えているところで、病院内で働くための内容というのは入っていないわけです。ただ、これから民間の養成施設の場合は、そういった病院で働く救急救命士を養成するわけですから、そういった内容の教育課程の見直しといったところもやはり話をしていかなければいけないかなと思っています。ですので、本当に何度も言いますが、その場所によって何が求められているかというところをしっかりと整理をして、それに対する教育をどうするかというところをしっかりと考えていかないと、混同してしまうと非常に分かりにくいと思いますので、ぜひその辺を皆さんと議論させていただければと思っています。

意見になります。

○児玉座長 分かりました。ありがとうございます。

病院内、病院前で分けて教育の在り方も考えないといけないということで、非常に重要な御指摘かと思しますので、さらに今後も議論できればと思います。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

お願いします。

○佐々木構成員 仙台市消防局の佐々木と申します。

植田構成員の意見と同じで、消防の立場から言わせていただくと、消防の救急救命士は迅速な搬送の中で実施可能な行為を行うというスタンスで現場活動を行っています。消防法の2条9項にも緊急性と記載がありますので、そういった部分において必要な処置を増やしていくのだろうと思っていました。今後、議論の中で医療機関の中のタスク・シフトで医療機関に勤務する救急救命士に何を求めるのかという議論が始まると思いますが、それが病院前救護の現場の救急救命士に求められる処置と必ずしもリンクしないのだろうと

思います。そういった中で、いずれは院内の救急救命士と、消防に勤務する救急救命士に求められる処置というのは少し分けて考えなくてはいけないという議論にも発展するのではないかなと考えておりました。皆様にもそういった視点でも議論していただければと考えています。

○児玉座長 ありがとうございます。

場所の議論がこれまでもいろいろ出てきていますけれども、場所によって何ができるかで教育が変わってくる可能性もあるのではないかとということかと存じます。このことも考えつつ議論ができればと思います。ありがとうございます。

では、お願いします。

○喜熨斗構成員 喜熨斗です。

今の病院内と消防機関の救急車の中での処置の違いとして、医療機関の救急救命士の救急救命処置の課題の一つに、乳酸リンゲル液以外では静脈路確保と輸液が実施できないという問題があります。ただ一方で、医療機関の中ではそれ以外の酢酸リンゲル液ですとかその他の細胞外液補充液、また、維持輸液、こういったものが使われます。

例えば1つ、消防機関の救急救命士も関連すると考えているのは、救急救命士は、クラッシュ症候群といういわゆる物に長時間挟まれて、それによってけがを負っている方に対しても静脈路確保の実施の適応となっておりますが、そういった場合にも現在では乳酸リンゲル液しか使えないという状況でございます。実際には、医師が救急現場にいる際にはカリウムが入っていないような輸液剤も用いるかと思えます。それ以外にも、腎不全の患者さん等もいらっしゃると思いますので、乳酸リンゲル液以外の輸液剤の使用も可能にしたほうが良いと思っております。

もう一つは、これは病院の中に特化したことかと思えますが、患者さんに対して静脈路確保をする際に、そこにバックフローという血液が戻ってきます。その血液を採取して血液検査に回すということをしてしておりますが、救急救命士は静脈路確保はできるのですが、その血液を採取することができないということでございます。なので、実際に今、医療の現場では、救急救命士が静脈路確保をした際には、医師や看護師の方々が別で採血をするということが必要になってくるということで、これも患者さんの不利益になるかと思えますので、こういった点も一つ改善すべき点だと思っております。

以上です。

○児玉座長 ありがとうございます。

今後の改善点ということでお伺いいたしました。ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。

では、横野先生、お願いいたします。

○横野構成員 早稲田大学の横野と申します。私は医事法学を専門としております。

この分野に関しては、救急救命処置の範囲の見直しがこれまで何度か行われてきましたが、先ほど配付いただきました資料3の2ページにこれまでの経緯が掲載されてお

ります。こちらを拝見しますと、最後に処置の範囲ということで見直しが行われたのは平成26年となっております、10年近くここから時間がたっております。その間、様々な医療を取り巻く環境の変化、あるいは社会そのものの環境の変化ということが起こってきていると認識しております、そこに合わせてどういった形でこの救急救命処置の範囲というものを今後整理していくことが必要なのかという観点から、必要なものについてはできるだけ早く議論していくことが重要なのではないかなと思っております。

これまでもいろいろな観点から御指摘がありましたように、処置の範囲の見直しということは、それに付随する教育研修、それから、それぞれの機関での体制の整備のみならず、処置の範囲が変化することによって、それぞれの職種のいわゆるカルチャー、職業倫理とか文化のようなものも変化してくると思います。

それから、法規制ということに関しては、日本においては、医療に関わる法規制というのは基本的に枠組みを定める。多くの部分は現場での判断ですとか現場での専門性に委ねているという形になっていると思います。私はそれで基本的にはよいと考えておりますが、それぞれの専門的な判断を支えるカルチャーですとか倫理といったものも含めた部分を育てていくためには、やはりある程度時間がかかってくると思いますので、それを見据えて枠組みの議論というものをできるだけ環境の変化に合わせて進めていく必要があると思っております。そういった観点から議論ができればと思っております。

○児玉座長 ありがとうございます。

処置の範囲の拡大に伴って救急救命士という職業がもつ倫理や文化も変化するというお話がありましたけれども、教育の体制等も併せて考えていく必要があるということかと思えます。このワーキンググループでどこまで対応できるのかということはあると思いますが、先ほど資料3の10ページの最後の方でも、いろいろな諸課題を挙げて検討することも重要だとありましたので、ぜひ考えていきたいと思えます。ありがとうございます。

オンラインで先ほどから手が挙がっております、すみません。私が見落としておりましたけれども、井本先生、よろしくお願ひします。

○井本構成員 皆様、どうぞよろしくお願ひいたします。日本看護協会の常任理事、井本でございます。

意見をさせていただきたいと思えます。

そもそも救急医療の現場における医療関係職種の在り方の検討会、親委員会では、日本看護協会としては、先ほど本多構成員の意見にも少しありましたけれども、救急外来における看護師の配置についてぜひ御検討いただきたい、重要だと考えてきました。

このワーキングの検討事項ではないので、検討事項である救急救命士が実施する救命処置の検討についてという観点から意見を申し上げますと、救急救命士法改正からまだ2年で、救急救命士が病院におられて、教育体制の構築や特定行為の認定体制がまだなかなか定まっていないという課題が今年の検討会では共有されたと理解しております。新たな救命救急処置の議論については、法改正によって救急車内の議論にとどまらなくなっている

ため、まず改正後の効果検証を行ってから議論すべきではないかと親の検討会でも申し上げてきたところでございます。

具体的に言いますと、救急外来において救急救命士が看護補助者としての業務ではない救急救命処置をどの程度実施しているかということもまだ示されていない状況であります。このような状況において、新たな救急救命処置の議論を拙速に進めることには賛成しかねると考えています。なおかつ、今後議論するとなった際においても、先ほど来、複数名の構成員から意見がありましたけれども、病院前と病院内での救急救命処置の実施は分けて、慎重に議論すべきだと意見を申し上げたいと思います。この点については、昨年開催されました検討会の第3回目で複数の構成員からも意見があったと認識しております。どうぞよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○児玉座長 ありがとうございます。

法改正後の効果検証というのも行う必要があるのではないかと御指摘と、病院内、前を分けて議論するという話も承りました。ありがとうございます。

では、オンラインで田邊先生、お願いいたします。

○田邊構成員 救急救命東京研修所の田邊です。

私は消防機関の救急救命士の教育施設で働いております。その上で、今までの皆さんの御議論のとおり、教育の充実が必要なのだろうなど。医療機関の中で医療機関に所属する救急救命士を行う場合と、消防機関に所属する救急救命士が救急業務として行う場合とでは分けて考える必要がある。それはそのとおりなのだろうと思います。とはいえ、救急救命士という同じ国家資格で、同じ国家試験を受けてという形が前提になると思いますので、どこまでを救急救命士の資格として共通のこととして、どこから先を業務ごとに分けていくのか。そういった整理も含めて進んでいくといいなと思います。片方のいろいろな事情によって、片方の進歩が遅くなる。そういったことも避けなければいけない。そんな点に留意しながら、皆さんとともに議論していければと思っています。

以上、意見でした。

○児玉座長 ありがとうございます。

病院内、前等で分けるというのも必要な一方で、教育に関して、救急救命士は同じ国家試験を受けているという事情もあるということで、どういうふうに進めていくか、考える必要があるという指摘かと思えます。また、議論が遅滞しないようにすることも非常に重要かと思えます。分けて考えて、それぞれ進められるところを進めていく必要もあろうかと思えます。ありがとうございます。

これで構成員の方は一通りご発言いただきましたでしょうか。まだ御発言いただけない先生がいらしたら、お願いいたします。よろしいですか。

では、お願いします。

○喜熨斗構成員 これは救急救命士だけではなく、今の社会の問題だと思うのですが、救

急搬送の数が令和4年には700万件を超えておりまして、令和3年から100万件以上の増加になっています。これは新型コロナウイルス感染症の影響等、様々な要因があると思いますが、その700万件という数に救急隊が出動するということになりますと、皆さん御存じのとおり、電話で119番が繋がらないですとか、救急隊がすぐ近くにいないというような状況になっております。その数をいかに減らすことができるかというのは非常に重要な課題かと思っております。その一つの課題の解決の糸口となるのは転院搬送だと思っております。現在の700万件を超える救急搬送のうちの約7～8%程度が転院搬送での救急隊の搬送になっております。救急救命士法が改正されて、医療機関の中でも救急救命士が業務をするようになり、そして、医療機関が所有する救急車があります。これをどのように活用していくか。医療機関に所属している救急救命士がいわゆる病院救急車を運用して、119番をして救急隊を呼ばずに自施設の救急車で転院搬送をするということが一つ重要なテーマだと思っております。そのためには、今、診療報酬の中に救急救命管理料というものがございまして、これは、患者が発生した現場に医療機関の救急救命士が赴いて搬送した場合には、その診療報酬の適用となりますが、これを転院搬送ですとかそういったものにも適用できるようにする。または、その診療報酬の内容自体も少し見直しをして、より病院の救急車が活用できるようにすることが重要かと思っております。これは、医師が転院搬送についていきますと、その間に診療がストップしてしまったりしますので、これもタスク・シフト／タスク・シェアの一つの観点につながっていくかと思っておりますので、救急救命処置の内容ではないかもしれませんが、この点もできれば検討していただければと思います。

○児玉座長 ありがとうございます。

搬送に伴う課題ということで承りました。ありがとうございます。

取りあえず一通り一巡して、今、始まってから1時間ほどたちましたけれども、様々な御意見をいただいておりますけれども、何か追加等がありますでしょうか。

○横野構成員 もし児玉座長のほうからコメントがありましたら。

○児玉座長 いえ、私はみなさんから意見をお伺いして議論をまとめる役だと思っておりますけれども、そうですね、先ほど資料3のほうではいろいろ検討課題があるということでしたが、10ページのほうで今後課題を考えていくということで、ここもいろいろ議論が必要だと思いますけれども、もしよろしければ事務局のほうから追加していただきたいのですが、ここで項目として規制改革実施計画・特区要望に関する事項、また、救急救命処置検討委員会からの継続事項、令和3年の法改正に伴い生じている課題、その他の要望というのがありますけれども、ここで今後議論を進めるに当たって、ここに記載されている以外の課題というのがあるかということをお説明いただければと思います。

○東専門官 ありがとうございます。

この救急救命処置検討委員会からの継続事項、令和2年度までの検討で未了となっている事項に関してなのですが、例えば未了となっているものの一つに、幸帽児、破水せず羊膜に包まれたまま分娩された赤ちゃんというのがまれに発生するわけですが

も、その赤ちゃんは破膜してあげないと呼吸ができない、命に直結するというような状態で、その破膜をするということが現状明確に救急救命処置には位置づけられていないことから、やってしまうと厳密には救急救命士法違反になるのではないかといった問題が過去に挙がっておりました。なので、これを救命処置に位置づけるかどうかといった内容ですとか、あとは、心肺停止患者さんに対して乳酸リンゲル液以外で既にラインが確保されている方に脇からアドレナリン投与をするといったことも過去の検討会で未了となっておりますので、例えばですけれども、そういったことも事項としてはあるかなと思います。

あとは、救急救命士法改正に伴い生じている課題という3ポツ目に関しては、先ほど喜熨斗先生がおっしゃってくれたようなほかの乳酸リンゲル液以外での静脈路確保であったり、採血といったものが想定されるかなと考えております。

ありがとうございます。

○児玉座長 ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。

お願いします。

○加納構成員 先ほどから議論になっております岡山の提案事例というのは、議論をしなくてはいけないわけでしょうか。これは頭から多くの方が多分なかなか理解できない内容で、こういう内容がまず最初の議題として出てくるのは違和感を覚えたのですが、これは特区で要望が出ているからしっかりと議論しなくてはいけないということでなければ、あえて議論しなくてもよいかと思うのですけれども。

○森室長 ありがとうございます。事務局でございます。

特区要望に関しましては、現時点、議論の場において、まずそれが適正か適正でないかも含めてある程度議論をいただきたいという御要望がありましたので、この点に関しては、先生方の御指摘は非常にごもつともであるということを理解した上で、先ほど細川先生からも御意見がありましたけれども、適切な追加の先生方、委員の方々などを追加した上で、まずある程度の俎上には上げて議題として設けさせていただけないかと考えているところでございます。

○児玉座長 よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

最初のほうに発言していただいた本多先生もよろしいですか。いろいろな人にも私のほうから当てるかもしれませんが、もし何か追加することがありましたらお願いします。

○本多構成員 ありがとうございます。

救急外来、あと、救急医としての立場が多分一番救急救命士と同じ働く職種として一つ言えることは、救急医ということと救急医療ということに関しては、絶対的な人手不足というのもあって、さっきの700万という救急車だけではなくて、歩いてくる患者さん、そし

て、それを診るに当たってやはり医療資源が足りない状況であるので、何らかの形で、救急医を増やすという一元的な考え方はもともとあったと思うのですが、専門医制度が始まって、直近、まず初期臨床研修が始まって、また、救急のことを取り入れてくれた。救急も増やそうという流れがあります。そして、専門医研修が始まって、救急医も増やそうと。減ってはいないけれども増えてもいない状況なので、ただ、患者さんだけは高齢化でどんどん増えている。医療機関もどんどん高度化する中で、救急患者さんだけやはり右肩上がりの状況はしばらく続くと思いますので、救急救命士をいかに活用していくかというのは、我々の立場からすると、それに伴って当然教育、そして、質の担保の両方をしていくということで、我々としては後押しをしていきたいとは考えております。

それに関して、これは本当にいろいろな意見というか病院の立場があるので、こんな救急がある、こんな救急医療があるので、非常に幅広過ぎて、それをまとめるのはすぐには難しいのですが、ニーズがあるということはしっかり救急の現場からは提案していきたいかなど。それを将来に向けて、遠い将来の話とは言われるかもしれませんが、やはり進めていきたいということで、この議論でまた、例えばその他救急救命士の追加・除外等に関する項目もありますけれども、まずこの中に出ている2つの項目に関してはしっかり議論に参加したいと思っています。

○児玉座長 ありがとうございます。

ほかに追加の御意見や御質問等がありますでしょうか。今後の進め方等についてもご意見があるかと思っておりますけれども、何でもあればお願いいたします。

では、横野先生、お願いします。

○横野構成員 これは本来は次回以降議論することかもしれませんが、複数の方から12ページにある超音波検査の件について御意見が出ていましたので、少し私のほうでも論点整理が必要かなと思っておりまして、詳細を聞いてみないと分からない部分もあるのですが、これは医療従事者間で行う遠隔診療の類いなのかなと思っております。ですので、そういったとして整理すべき点、恐らくデジタル技術を用いた情報共有ということも前提としての話になっているかと思っておりますので、そういった問題として整理をすべき部分と救急救命処置の問題として整理をすべき部分と両方あるように思います。そのほかの論点も関わってきていると思いますので、この場で何をどこまで議論をするのかということ整理していかないと、なかなかこれを扱う上では困難な部分があるのではないかなと思っておりますので、御検討いただければと思います。

○児玉座長 ありがとうございます。

次回以降になろうかと思っておりますけれども、今の話でエコーの話は遠隔診療としての見方もあるのではないかとということで、ここも次回以降ぜひ議論できればと思います。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

植田先生、お願いします。

○植田構成員 植田です。

事務局に確認ですが、資料の8ページに今後の救急救命処置の追加・除外等の基本的な手順、流れについて書かれていますが、このワーキンググループの立ち位置というのは、救急救命処置検討委員会の代わりにということで間違いなかったでしょうか。

○森室長 ありがとうございます。

本ワーキンググループとしましては、より専門性の高いところに関して議論をして、こちらで議論したものをまず親会のほうでも再度審議をしていただくといういわゆる専門性の高い議論をする場所という形で考えておりますので、こちらで議論したものである程度議論し尽くされたものを親会のほうでも改めて確認いただくという流れになろうかと思っております。

○植田構成員 ありがとうございます。

そうすると、親会で最終決定したのちに通知が出るまでのスキームについてお聞きしたいのですが、よろしいでしょうか。

○森室長 親会において了承を得られたものに関しては、新たに何らかの議論というよりも、そちらで得たものの内容で法改正なり通知改正に進むことになると思います。

○植田構成員 それで、親会で決まったことがそのまま通知に表れるということで間違いはないですか。

○森室長 そのように御理解いただいてよろしいかと思っております。ありがとうございます。

○児玉座長 よろしいですか。ありがとうございます。

この場合の親会というのは、3ページの下にある救急医療の現場における医療関係職種 の在り方、これのことということでよろしいですか。あるいは、救急救命処置検討委員会 というのが8ページのところにありますが、これがまだ動いているということでよろしい のですか。

○東専門官 この委員会自体は令和2年で終了しており、ここの部分にこの当該ワーキン グの役割を担っていただきたいと思っております。

○児玉座長 その場合、このワーキンググループの親会というのは。

○東専門官 親会というのが、ここのフローには入ってはいないのですが、このワ ーキンググループ自体が親会の中で救急救命処置について専門的な視点で話し合うという 位置づけでしたので、そこでの内容を再度親会で報告してというような内容を考えており ます。このフローには書いていないのですが、そういうふうを考えています。

○児玉座長 では、このフローを今のものに合わせてしっかり見せるようにする必要があ るかと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○植田構成員 ぜひ分かりやすく、どこで決まったことがしっかりと救急救命士の処置の 実施にまでつながるかというところを明確にしておいていただければと思います。お願い します。

○児玉座長 重要な御指摘をありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。初回ですので、どのような観点からでも結構ですので、ぜひ御意見をいただければと思います。

オンラインの方、田邊先生、お願いいたします。

○田邊構成員 救急救命東京研修所の田邊です。

救急救命士のできる処置の範囲と関連して。

(接続確認)

○田邊構成員 電波が悪いので、後ほどまた発言させていただきます。

○児玉座長 分かりました。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

加納先生、お願いします。

○加納構成員 ありがとうございます。

先ほど救急搬送に関しての御意見がございました。これは救急病院等が持っている救急車を使った搬送というのが一つあるかという形で、今、我々もしっかり病院で対応を考えているわけなのです。今後必要とされるという在宅医療、そして在宅救急という言葉さえ今つくられているぐらいですので、恐らく在宅救急に関して救急救命士のいろいろな今後の対応する処置というものも考えていかななくてはいけないかなと思っておりますので、その点も議論になればと思っております。

○児玉座長 ありがとうございます。

ほかの御意見はいかがでしょうか。どなたでも結構です。よろしく申し上げます。

事務局のほうから特に追加は大丈夫ですか。

大丈夫ですね。

ほかはいかがでしょうか。

では、本多先生、お願いします。

○本多構成員 今、救急搬送、病院から転院とかと出てきたのですけれども、この位置づけで確認なのですが、消防のほうで一応これは本来救急業務ではないということにはなっているのですけれども、慣例ということで今行われています。実際のところ、これがないと成り立たないということだと思っておりますが、これが本当に救急搬送業務に逼迫しているかどうかということに関しては、これは数字からいくと数パーセントになる。地域差によって多分あると思うので、例えば地方都市とかでどうしても民間救急なり、あるいは自分のところで救急車をどうしても持てないところというのは一定以上あると思うので、そこまでは規制をかけなくて、それも救急医療の一環だということになっているので、シフトするという救急の搬送、病院間搬送というのは都市部だけと一応考えてやっていかなくてはいけないので、この件に関しては民間救急とかそういったものの加算にも入ってくると思うのですけれども、まずは消防の佐々木さんですかね。これは多分仙台に限定して、地元でいいと思うのですけれども、仙台市と地方のいろいろな、例えば女川とかあいうところもありますけれども、そういった差があると思っておりますので、今回この中の議論に入

れる中で、そこに救急救命士の業務がかなり入ってくるのか、そこに関して、まだそこは先の話なのかなと思ったのですけれども、いかがでしょうか。

○佐々木構成員 仙台市消防局の佐々木と申します。

本田構成員がおっしゃるとおり、本来、転院搬送というのは消防の業務ではなく、昭和49年に消防庁の安全救急課長が広島県総務部長あてに一定の要件を示した文書を発出しており、それを根拠として消防が担っています。

その中で、仙台市の話をしていただくと、仙台市は政令市の中でも事故種別における転院搬送の割合が非常に高い状況。救急要請というのは24時間の中で1時間あたり平均的に来るわけではなく、予測不能で集中して救急要請が来ることがあり、例えば午前中の11時ぐらいになると一般の救急と転院搬送が集中して来るので、場合によっては転院搬送のほうは医療機関に待っていただくような対応をしている消防本部もあるのではないかと思います。

転院搬送の内容を見たときに、緊急性があるものに関しては消防業務として、消防法2条9項に照らし合わせて実施するべきものだと思うものの、内容の検証をしたときに、救急車ではなくても搬送できる患者がいれば、民間の救急車であったり、地域医療支援病院の救急車を救急救命士が活用して搬送するという手法は一定程度効果があると思いますが、緊急性があるものなのか、緊急性がないものなのかという線引きを消防で行うのは難しい。

また、本田構成員がおっしゃったように、全国には七百二十六の消防本部があり、それぞれの地域に民間の救急車だったり、地域医療支援病院の搬送車両があるわけではないので、これらを一律にまとめて議論すると、医療機関間の搬送ができなくなる地域も出てくるのではないかと危惧します。そうすると、患者を病院から出せなくなり、結果、新たな患者を受け入れられなくなるなど、難しい問題も出てくるのではないかと考えます。すぐに答えが出るものではなく、根は深いのではないかなと考えます。

○本多構成員 ありがとうございます。

だから、恐らくさっきの救急外来業務、病院の業務の中の医師の仕事あるいは看護師の仕事という中で、救急車同乗とかそういう話の中でタスク・シフトできるのかという話の一つ論点である。これは意外とやっているところとか始まったところもあるのですけれども、実はこれに関してもまだ担保されているわけではなくて、その途中で何か起きたら責任がというのもあるので、それは当然この場で議論する必要はあるのかなと思います。

○児玉座長 ありがとうございます。

喜熨斗先生、お願いします。

○喜熨斗構成員 喜熨斗です。

先ほどの病院の救急車を活用するという点ですが、私の意見としましても、119番をして転院搬送をすることを規制するという事は、今の段階では危険なことだと思っております。やむを得ない状況で119番をして転院搬送をしていただくということも必要なことだと思っております。

ただ一方で、先ほどありましたとおり、決して緊急性が非常に高い状況ではないこともあるかと思えます。そういった場面におきまして、病院の救急車の運用について、かかる経費が病院の持ち出しになってしまいますと、なかなか病院の救急車の運用が促進されないことかと思えます。ですので、医療機関の救急車をどのように活用できるのか。さらには、どのようにしたら効率的に、いわゆる率先をして医療機関として病院の救急車を活用できるのかというところをまずは論点にして、決して今の119番の転院搬送を規制するのではなくて、病院の救急車をうまく活用できるような方策を考えていくことが必要だと思います。

○児玉座長 ありがとうございます。

本多先生、お願いします。

○本多構成員 多分いろいろな話が混じってだんだん広がりつつあるので、まとめないといけないかなと思って、一つ提案なのですけれども、私が今申し上げたかったのは、一つの業務として救急救命士が役立つ、あるいは働く場所として病院間搬送というのがある。それをもう少しきちんと定義づけることが必要であって、さっき言ったとおり、実は民間救急も入る話だったり、実は民間救急で救急救命士資格を持っている人たちが結構酸素投与したりして動いたりした事業者もあったりして、どんどんそこが活躍したり、いろいろ幅があるのですけれども、病院のほうを振り返ってみると、病院のほうで絶対救急車を持って転院搬送にやらなくてはいけないというところまで実はまだ成熟している状況でもないの、ただ、今話があった、救急件数が増えている。病院側も今連携が増えている。何とか患者さんを、軽症だったらいいのですけれども、ある程度重症な患者さんだったり、あるいは不安定な患者さんも含めて移送するという病院間搬送というところに救急救命士の役割を落とし込むというところを、この場でいろいろな立場が出ていますので、お話をしながら一つにできるのかなと。これは比較的、中でどんなことを処理するかとなるとまた先の話ですけれども、今、実際に行われ始めているところがありますので、これは多分いろいろな地域の実情とかを現場も聞いていますので、それを基に一つの役割として病院間搬送もきちんと定義づけて、そこにトラブルも含めた対応とかもしていくと進んでいくのかなという気がします。

○児玉座長 貴重な意見をありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。大体一通り御意見をいただきましたでしょうか。

お願いします。

○加納構成員 病院間搬送の件なのですが、コロナの間に民間救急なるものが出てきて、いろいろな形の搬送をやったという話も聞いておりますけれども、まずは我々病院にとりまして、今、救急病院は救急車を持っている場合がかなり増えてきているということがあり、我々で、災害支援のときのAMATというのがあり、原則自院の救急車でそれぞれ災害地へ行くということもしております。そういう意味では、今後はやはり積極的に病院の救急車を使うということを前提にいろいろなことを考えていただければと思っております。民

間救急になりますと、やはり株式会社が入ってきていますし、また株式会社独特の利益を求めた考え方が出てきますので、それはある面しっかりと整理してやらないと非常に危険なことが起こる可能性があります。そこらを含めての議論をしっかりとやっていただければと思っております。

○児玉座長 ありがとうございます。

お願いします。

○本多構成員 先生の意見に全く賛成で、まず病院救急車というところに限って進めていくのが多分流れとしては今後の発展があるのかなというか、そこはニーズもあるし、必要性もあると考えますので、民間救急にも行っている状況は確かに我々も知ってはいますけれども、まずは病院の救急車を、本当に先生がおっしゃるとおり、病院の救急車はどんどん増えています。ただ、それをどうきちんと運用するかというのはどの病院も抱えている課題なので、単なるドライバーの問題だけではなくて、そこに付き添うということに関しても一つの役割かなと。だから、病院間搬送の特に病院救急車における搬送業務ということできちんと定義づけていったほうがこのワーキングの一つのテーマかなと思います。

○児玉座長 おまとめいただきありがとうございます。

オンラインのほうで田邊先生から手が挙がっていますので、よろしく願いいたします。

○田邊構成員 ありがとうございます。

先ほどはオンラインがうまくいなくて失礼いたしました。

その上で、救急救命処置のほうに移りたいと思いますけれども、救急救命士、特に消防機関の職員が行う処置というのは、消防庁のほうで救急隊員の行う応急処置の実施基準という形で決まっている。その中で、救急救命士の資格を持っている人は救急救命士法の33項目も実施できるよと。その2つのどこまで実施できるよといったことが少しずれているところがございます、具体的には、自発呼吸のない傷病者に対する自動式人工呼吸器を用いた強制換気といったものについては、救急隊員のほうはできるけれども、救急救命士のほうができないといったちょっとしたそごがございます、それは昨年度の消防庁の検討会のほうでも救急救命士処置としても整理ができたらいいのではないかとといった話になっていましたので、もし可能であれば、その点についてもこの場で、どこかの段階で整理ができたらなと思います。

以上です。

○児玉座長 ありがとうございます。

救急隊員と救急救命士のできる処置にずれがあるということで、その整理も必要ではないかという御指摘かと思えます。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

横野先生、お願いします。

○横野構成員 横野です。

今、様々な課題について多様な立場からの御意見があったと認識しております。このワ

ーキングとしては、医師の指示の下に救急救命士が実施する救急救命処置に関する事項について検討するという形で開催されることとなっておりますけれども、ぜひ今出た多様な論点については記録をしていただくとともに、このワーキングでの救急救命処置に関する事項ということに関してもできるだけ幅広く御検討いただいて、ここでの議題にさせていただくこと、あるいはほかにもっと適切な検討の場があるのであれば、そちらのほうでの議題としていただくことが非常に重要かと思っております。

また、ここで直ちに結論が得られるようなことではないことも多いかと思いますが、課題として取り上げるということ自体が今後の政策にとって意味があることになると思いますので、ぜひ今出た議論を今後に生かしていただければと思っております。

○児玉座長 ありがとうございます。

いろいろ御意見をいただいて、このワーキンググループで議論できることとできないことを切り分けて、議論できないものは親会のほうに返すなどという形で、課題について記録することが必要だという話と、また、それを生かしていくということが必要だという御指摘をいただきました。ぜひそのようにしたいと思っております。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

本多先生、よろしくお願ひします。

○本多構成員 重ねて1つ、救急救命士に関して、今後、業務を拡大するに当たって、医療職としてやっていく中で、救急救命士の学校等では倫理とかを教えていると思うのですが、今後、医療倫理というのはやはり同じ職種で医療に関わるときには必要だと思って、それこそ児玉先生の領域になるのですけれども、今、恐らく医療倫理をきちんと、標準的と言うとおかしいですけれども、行われている状況ではないと思うのです。医師であれば、例えば学会であったり、あるいは研究だったり、医療倫理に関する講習だったり、そういうのは専門研修を受けるときのプログラムで絶対必須であったりしますけれども、これもやはりある程度全国規模で行われています。ただ、救急救命士に関しては、恐らく各所属、各地域等で自主的にやっているのがメインだったりするので、やはりこういった処置拡大をしていくときに、やはり医療倫理に関することをきちんと系統立って、義務づけるというのはおかしいですけれども、必須項目としてまずやった上で、やはりある程度同じチームでやっていくといったときには、今、どの医療職種に関しても倫理というのはかなり厳しく学ぶようになっていきますので、ぜひ救急救命士も医療倫理をきちんと学ぶような状況を、全国レベル、国レベルと言ったらおかしいですけれども、そういった共通的なものを少し提案しながら、やはりこれはとてもやっていくと、特に救急医療というのはいろいろなことを現場で判断するし、かなり倫理的なことを考えながらやっていかないという現場だと思っておりますので、そこを少し重点的に教育できるシステムを、教育しなくてはいけない体制づくりにみんながいろいろな職種の経験とか知恵を合わせて行っていったほうがいいかなと思っておりますので、これは提案として検討項目としてお願いしたいと思っております。

○児玉座長 ありがとうございます。

医療倫理と言ったときに、職業倫理という側面と、今、本多先生がおっしゃっていたチーム医療の中でどうのことを考えるべきかということもあろうかと思しますので、この点も非常に重要な御指摘かと思ます。

それに関連して何か御意見はありますでしょうか。よろしいですか。

ありがとうございます。

ほかは御意見はいかがでしょうか。

オンラインの方ももし何かありましたら、追加をお願いいたします。よろしいでしょうか。

1時間40分ほどディスカッションして、そろそろみなさまも疲れてきたかもしれないと思ますけれども、もし何か付け足すことがあれば続けますし、なければ、どういたしましょうか。よろしいですか、

では、植田先生、お願いします。

○植田構成員 これから処置の関係を検討するに当たっては、救急救命士は国家資格ですから、最終的には国家試験の出題基準の見直しというところにも結びつけていかないといけないのかなと思ます。それが元になって、今、教育機関ではカリキュラムの内容を検討しているところですので、そういったところまで踏み込んだ内容が検討できればと思ました。

以上です。意見です。

○児玉座長 ありがとうございます。

国家試験との関係も重要なところかと思ます。今後の教育の在り方も含めて、ぜひ御意見をいただければと思ます。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

では、本日は一通り多様な御意見をいただいたということで、締めに入ろうと思ます。

事務局のほうから最後にもしありましたらお願いいたします。

○東専門官 次回、第2回のワーキンググループにつきましては、また個別に調整させていただきますので、よろしくをお願いいたします。

○児玉座長 予定では10月か11月に実施ということで、分かりました。

それでは、本日のワーキンググループを終了したいと思います。

皆様、長時間、また、お忙しい中、ありがとうございました。